Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. Walcher.

Über Beurteilung von Scheidenverletzungen in forensischer Hinsicht an Hand eines Falles von fraglicher Coitusverletzung.

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Hans Singer
aus Chemnitz

1938
Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Professor Dr. Kurt Walcher

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Ein genaues Urteil über die Art der Entstehung einer durch sexuelle Betätigung verursachten Scheidenverletzung abzugeben, ist besonders schwierig.

Ist schon der Geschlechtsverkehr als solcher weitestgehend mit Temperament, Charakter und augenblicklicher Stimmung wandelbar, so wird dieser Trieb, der außer Hunger bei Mensch und Tier der größte ist, um so mehr bei psychisch belasteten Personen Anormalitäten zeigen. Gerade diese Menschen sind am wenigsten geneigt, ihre mehr oder weniger raffinierten Methoden preiszugeben; denn es liegt in der Natur der Sache, daß die Ärzte nie mehr belogen werden als bei sexuellen Delikten.

Entstehen durch anormale geschlechtliche Betätigung irgendwelche Verletzungen von forensischer Bedeutung, so wird es, abgesehen von Anusverletzungen bei Homosexuellen, ausschließlich die Frau mit ihren bedeutend empfindlicheren Organen sein, die zur Untersuchung gelangt. Die zur Beurteilung stehenden Schäden werden sich zum größten Teil im Scheidengewölbe befinden.

Auch in dem hier zur Bearbeitung stehenden Gutachten soll eine Scheidenverletzung vorliegen.

„Betr.: Tod der K. H., ledige Fabrikarbeiterin O. St. A. B.

Nach dem Bericht der Kriminal-Abteilung des Stadtpolizeiamtes B. vom 11. III. 35 ist die K. H., geboren am 24. X. 1912 am 10. III. 1935 vormittags 11 Uhr an einer Bauchfellentzündung gestorben.

Am 14. III. 33 gebar die H. ein außereheliches Kind. Krankheiten hatte die H. bis zum Tode nicht. Sie wurde nach der Geburt des Kindes von der Mutter strenger beaufsichtigt.

Nach Angaben der Mutter menstruierte die Tochter am 25. II. bis 2. III. 35. Sonntag, den 3. III. war die Periode vorbei, da sie an diesem Tag die Leibwäsche wechselte. Am 4. und 5. III. ging sie zur Arbeit und klagte über keine Schmerzen. Am 5. III. kam sie gegen 18 Uhr 30 von der Arbeit und besuchte auf dem Heimweg die Großmutter, wo auch die Mutter anwesend war. Sie sagte zur Mutter, sie gehe heute noch ins Kino, was gestattet wurde. Sie ging erst in ihre Wohnung. Als die Mutter zwischen 20 und

21 Uhr heimkam, war die Tochter fort. Sie sei nach Angaben der Lichtspielangestellten allein ins Kino gegangen. Um 22 Uhr 30 verließ sie allein das Kino, kam gegen 23 Uhr heim und legte sich ohne zu klagen ins Bett. Nachts gegen 1 Uhr klagte sie plötzlich über heftige Bauchschmerzen; sie habe sich heute angeblich bei der Arbeit weh getan. Am 6. III. 35 wurde Dr. M. gerufen, der die Kranke bis 9. III. behandelte. Auf dringende Fragen des Dr. M., ob sie Geschlechtsverkehr hatte, verneinte sie dies und wich aus.

Am 9. III. bekam sie Durchfall. Dr. M. stellte Bauchfellentzündung fest und veranlaßte ihre Überführung ins Städt. Krankenhaus. Bei der am 9. III. 35 vorgenommenen Operation wurde ein nicht erklärlicher Riß im hinteren Scheidengewölbe gefunden, der durch versuchte Abtreibung geklärt wurde, obwohl Schwangerschaft nicht bestand.

Dem behandelnden Arzt Dr. D. gestand sie schließlich, vor ihrer Erkrankung Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Kurz vor ihrem Ableben habe die Verstorbene einen Erregungszustand gehabt und als sie vorübergehend etwas ruhiger wurde, hat sie nach Angabe der im Krankenzimmer anwesenden Schwester geäußert:

„Der Schmidt hat etwas angestellt, er wohnt in unserer Nähe."

Es konnte nicht festgestellt werden, daß die Verstorbene ein Liebesverhältnis unterhielt.

Im übrigen haben die Ermittlungen bisher ergeben, daß von einem Verkehr der Verstorbenen mit Männern nichts bekannt ist, auch nicht mit einem Manne namens Schmidt.

Die Schutzpolizei B. konnte nichts weiter ermitteln, als daß die H. am 5. III. 35 abends zwischen ¼7 und ¼8 Uhr in der Schulstraße mit einem jüngeren Herrn vor einem mit Motorrädern ausgestellten Schaufenster beobachtet wurde. Sie unterhielten sich über Fahrräder. Von einem Zeugen wird dies bestätigt. Die genannte Person wurde nicht ermittelt.

Aus dem gerichtlichen Obduktionsbefund geht einwandfrei hervor, daß die H. an einer Peritonitis gestorben ist, die im Anschluß an eine Perforation der hinteren Scheidenwand entstanden ist.

Das Scheidenpräparat der verstorbenen H., das dem Institut für Gerichtliche Medizin in Würzburg zugesandt wurde, zeigt folgendem Befund:

Die Scheide ist 10 cm lang und 9 cm breit. Der untere Teil ist ohne Besonderheiten. Im hinteren Scheidengewölbe findet sich eine quer stehende 4 cm lange gerade Continuitätstrenung. Die Ränder dieser Trennung sind glatt. Der obere Rand erscheint in der Mitte etwas gezackt. Der Riß führt in seiner ganzen Ausdehnung bis in den Douglasschen Raum. Die Verletzung liegt hauptsächlich rechts von der Mittellinie. Die Wundränder sind gezackt. In der Tiefe ist auf der rechten Seite eine kleinkirschgroße Höhle sichtbar. Im Grund der Ruptur erkennt man eine Blutung.

Die Wunde macht also nicht den Eindruck, als ob sie durch ein scharfes Instrument verursacht wäre. Es ist vielmehr ein stumpfe Gewalteinwirkung anzunehmen.

Am oberen Rand der beschriebenen Trennung befindet sich ein zweiter Riß, der jedoch nur die Schleimhaut verletzt hat. Er ist 8 mm lang und 2 mm tief, verläuft in der gleichen Richtung und weist scharfe Ränder auf. Diese parallel verlaufende Ruptur ist eine Platzwunde, die man häufig neben größeren Verletzungen durch stumpfe Gewalt vorfindet.

Von den zur mikroskopischen Untersuchung gelangten Organen sind für die Klärung der Scheidenverletzung wegen etwa bestandener Schwangerschaft die Befunde des Uterus, des rechten Ovariums mit Corpus luteum und der Hinterwand des Douglasschen Raumes von besonderer Bedeutung.

Uterus:

Die Epithelien der Schleimhaut haben einen basal stehenden Kern und liegen pallisadenartig nebeneinander. In dem ziemlich dichten Interstitium sind in mäßiger Menge hämosiderinhaltige Zellen nachweisbar. Die Blutgefäße sind gefüllt, die Muskulatur unverändert. Die Drüsenschläuche sind nicht geschlängelt. Im Ganzen entspricht das Bild dem, wie man es etwa um die Mitte der Proliferationsphase, d. h. etwa acht Tage nach der Regel vorzufinden pflegt.

Rechtes Ovarium mit Corpus luteum.

Die Granulosa-Epithelschicht ist nicht sehr dick, ihre Zellen und auch die Thecazellen ziemlich reichlich mit Lipoiden gefüllt. Durch die Epithelschicht ziehen in mäßiger Menge Fibroblasten und Kapillaren gegen das Zentrum des gelben Körpers hin. Letzteres be-

steht aus Fibrin, geronnenem Eiweiß und geringen Blutmengen. Es handelt sich also um ein in Rückbildung begriffenes Corpus luteum.

Hinterwand des Douglasschen Raumes:

Weder in den Gefrier- noch in den Paraffinschnitten können innerhalb der entzündlichen Auflagerungen Samenfäden nachgewiesen werden. Die Schleimhaut des Rectums ist zum größten Teil kernlos, d. h. autolytisch verändert.

Bevor ich mich über die Entstehung der Ruptur äußere, möchte ich erst eine Einteilung dieses Fragenkomplexes über Ursachen derartiger Verletzungen geben, den ich später mit der diesbezüglichen Literatur belegen will:

1. Die wohl größere, aber für unsere jetzige Betrachtung weniger wichtige Zahl der Verletzungen durch körperlich abnorm entwikkelte äußere Geschlechtsorgane (Infantilismus, Atresia hymenalis, senile Involutionssymptome, Vagina duplex usw.; großes oder spitzes Membrum).

Als Zwischenform die wohl natürliche Ausübung des Verkehrs, aber gefährdet durch Überempfindlichkeit, sowohl im Reizempfinden als auch in körperlichen Reaktionen, zum Beispiel Krampfneigung, empfindliche Haut, ferner nach längerer Abstinenz bei vorherigem häufigen Verkehr.

2. Die weniger zu unserer Kenntnis gelangenden, aber für uns wichtigen psychischen Anomalien des Menschen in sexueller Hinsicht und zwar:

a) normaler Verkehr in sonst nicht üblichen Stellungen, evtl. unter Zuhilfenahme von irgendwelchen Reizmitteln (Finger, Instrumente);

b) die Erzielung sexueller Lustgefühle durch Umgehung des normalen Verkehrs und Ersetzen desselben durch onanistische Manipulationen;

c) die Fälle, wo die sinnliche Befriedigung sich in perverser Weise durch Masturbation äußert.

3. Verletzungen bei Coitus nach kurz vorangegangenen Operationen, Entbindungen, bei bestehenden Unterleibsleiden, bei Abtreibungsversuchen und endlich bei Vergewaltigungen.

Nach Einordnung der in Frage kommenden Möglichkeiten in die eben ausgeführten Teilgebiete ist in dem zu bearbeitenden Fall eine körperliche Unzulänglichkeit seitens der Frau wohl auszuschließen, da sie ja in einem geschlechtsreifen Alter war und bereits einmal geboren hatte.

Ich halte es auch kaum für möglich, daß die Verletzung durch einen ungewöhnlich großen oder spitzen Penis oder durch einen Coitus, der im Stehen ausgeführt wurde, entstanden ist. Beide Fälle sind so selten, daß man diese Möglichkeiten ruhig fallen lassen kann. Ich habe in der Literatur nur je zwei Angaben darüber finden können.

Weiterhin glaube ich eine bei der Ausübung des Coitus sonst nicht übliche Stellung, z. B. Coitus à la vache, ausschließen zu können, da man wohl in der Annahme nicht fehl geht, daß dies nur bei Paaren geübt wird, die bereits längere Zeit aneinander gewöhnt sind. Ich nehme an, daß die H. mit dem betreffenden Mann nur an dem Tage Geschlechtsverkehr hatte, an dem sie von Zeugen gesehen wurde, zumal über ein Verhältnis zu diesem nichts bekannt war.

Eine Vergewaltigung kommt wohl auch nicht in Betracht, da Druckspuren oder Kratzwunden an den in Frage kommenden Stellen bei der H. nicht nachweisbar sind. Außerdem vermute ich, daß Besagte die Gelegenheit mit jenem Mann zu kohabitieren, gern wahrgenommen hat, da sie ja nach der Geburt ihres Kindes von der Mutter strenger beaufsichtigt wurde.

Ebenso scheidet eine Verletzung, verursacht durch vorzeitigen Coitus bei kurz vorher überstandener Operation, Entbindung oder einem bestehenden Unterleibsleiden auf Grund der vorhandenen Krankengeschichte aus.

Mit Sicherheit ist ein Abtreibungsversuch abzulehnen, da die letzte Menstruation erst zwei bis drei Tage vor der Verletzung, sowohl nach Aussage der Mutter als der Verstorbenen selbst, beendet war. Außerdem sprechen der bereits beschriebene mikroskopische Befund der Geschlechtsorgane, sowie der Obduktionsbefund der beiden Mammae (ohne Vormilchbildung) gegen eine derartige, strafbare Handlung.

Eine Entstehungsmöglichkeit der Forniruptur wäre nach W a r -

mann und anderen Autoren darauf zurückzuführen, daß bei der Frau infolge längerer Abstinenz eine Gier nach hochgradiger sexueller Befriedigung, und somit eine Überempfindlichkeit der Genitalorgane bestand. Das wäre also die in der Einteilung unter 1. erwähnte Zwischenform.

Bestärkt wird diese Ansicht durch die Zeitknappheit, die ein ungehemmtes, eiliges Betätigen bedingt haben dürfte. Aus der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit erscheint auch die Annahme berechtigt, daß ihr Partner irgendwelche Manipulationen, sei es mit dem Finger oder einem Fremdkörper — vielleicht zu ihrer oder seiner Luststeigerung — vorgenommen hat, wofür auch die vorhandene Platzwunde spricht.

Dies letztere Moment kann meiner Meinung nach wesentlich zum Zustandekommen der Ruptur beigetragen haben, denn ich glaube nicht, daß eine gesteigerte Coitusbereitschaft der Frau allein eine derartig ausgedehnte Verletzung verursachen kann.

Betrachten wir uns nun die immerhin recht umfangreiche Literatur, so zeigt uns dieselbe, wie verschieden die einzelnen Autoren die Ätiologie der Scheidenverletzungen zu klären versuchen.

So glaubt z. B. Friedmann, da diese Verletzungen sich in fast allen Fällen auf der rechten Seite befinden, daß dies auf das Linkstragen des Penis zurückzuführen sei. Dieser habe dadurch eine Linksrichtung erhalten und behalte diese auch bei der Immissio bei.

„Begünstigt werden diese Risse dadurch, daß die Scheide in ihrem rechten hinteren Gewölbe nicht durch Nachbarorgane gedeckt ist. Im vorderen, wie im linken hinteren liegen Organe, die wie eine Art Widerlager wirken. Im vorderen Scheidengewölbe die Blase, im linken hinteren das Rectum, das durch seine Elastizität vielleicht die Verletzung hintanhält."

Neugebauer hält dies für unwahrscheinlich und erklärt es damit, daß die Frau aus Furcht vor dem Impetus des Mannes sich seitlich nach links hinten zurückzieht, so daß der Penis auf die den Scheidengang auf der rechten Seite begrenzenden Weichteile und weiterhin auf die rechte Scheidenseite treffen muß.

Veit ist wieder einer anderen Ansicht und kommt der Lage dieses Falles etwas näher.

„Derartige Verletzungen entstehen fast immer durch Kunsthilfe intra coitum. Die Entstehung einer Verletzung durch unnatürlichen Coitus allein ist recht selten, eigentlich nur möglich bei ganz abnorm mißbildeter oder durch bestimmte pathologische Prozesse narbiger, besonders aber im senilen Alter ganz atrophischer Vagina."

Auch Hofmann, Maschka und Casper schreiben in ihren Lehrbüchern der Gerichtlichen Medizin, daß Rupturen der Vagina durch gewaltsame Nachhilfe mit dem Finger seitens des Partners hervorgerufen werden, da dem Penis eine solche Kraftleistung nicht zugemutet werden könne.

Ich will nun einige charakteristische Fälle aus der Literatur, die mir zur Verfügung stand, in die von mir bereits erwähnte Einteilung dieses Fragenkomplexes eingliedern.

Am häufigsten werden die unter 1 angeführten Ursachen angegeben, und da nimmt besonders Warmann eine längere Abstinenz seitens der Frau bei vorherigen häufigen Kohabitationen als Entstehungsursache von derartigen Rupturen an.

An Hand von zwei Verletzungen — bei der einen hat eine Frau, die seit 14 Jahren Witwe ist, während dieser Zeit nur sehr wenige Male coitiert, bei der anderen, von Rotter beschrieben, hat drei Monate vorher kein Coitus stattgefunden — betont Warmann, daß eine Fornixverletzung während des Coitus nur bei gesteigerter sinnlicher Erregtheit der Frau zustande zu kommen vermag. Er begründet dies damit:

„In den bisher beobachteten Fällen von Scheidengewölbsverletzungen waren die Frauen im zeugungsfähigen Alter, hatten eine oder mehrere Geburten überstanden, und der Coitus wurde mit demselben Manne schon vorher mehrere Male ausgeübt. Bei sämtlichen bis jetzt beobachteten Fornixverletzungen ist Stuprum nur dreimal als Ursache angegeben; nachträglich stellte es sich heraus, daß der Coitus mit Einwilligung der Frau vollzogen wurde. Ferner wurde in mehreren Fällen nachgewiesen, daß die Betreffenden vor dem die Verletzung setzenden Coitus längere Zeit in geschlechtlicher Abstinenz verweilten; ferner, daß die Verletzungen beim in rascher Folge ausgeführten zweiten oder öfteren Beischlaf erfolgten, was wieder für die gesteigerte sexuelle Irritabilität der Frauen

in diesem Falle spräche. Daraus ist zu folgern, daß Fornixverletzungen nur beim Coitus möglich sind, in den die Frau eingewilligt hat."

Fritz Reuter schreibt in seinem Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, daß zu Coitusverletzungen bei erwachsenen Frauen abnorme Stellung bei der Kohabitation, Vaginismus oder starke sexuelle Erregung der Frau verantwortlich zu machen sind.

Köhler berichtet über zwei Scheidenverletzungen und sieht als deren Ursache einen Krampfzustand des muskulären Beckenbodens bei hochgradiger sexueller Erregung an, basierend auf neuropathischer Veranlagung des Individuums.

Ferracciu fand bei einer 35jährigen Frau, die dreimal geboren hatte, eine 7 cm lange Verletzung im rechten hinteren Scheidengewölbe. Er führt als Ursache an:

„Durch die besondere Leidenschaft der Frau wird ein Spasmus ausgelöst, der vom Mann überwunden wird, wodurch die Ruptur entsteht."

Eine andere Verletzungsursache nach dem ersten Coitus fand Saks bei einem 25jährigen Mädchen in einem zu starken Hymen.

Himmelfarb berichtet über eine Fornixverletzung, die durch einen zu engen Scheideneingang entstanden ist.

Zikmund sagt zu seinen in der Klinik behandelten Scheidenverletzungen folgendes:

„Außer den bisher angenommenen Momenten (angeborene, erworbene Mißbildung der Vagina) müssen noch andere, aus der Physiologie der Befriedigung des Beischlafes resultierende, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen."

Scheidenverletzungen durch anormalen Penis verursacht, hält Zikmund für unmöglich.

Dagegen berichtet Mekerttschiantz über eine Scheidenverletzung, die sehr wahrscheinlich durch den Penis verursacht sein soll. „Der Penis war mittelgroß, aber eigentümlich spitzig. Es verschmälerte sich die Glans penis nach der Spitze so, daß der Penis im eregierten Zustand eine bohrende Wirkung zu entfalten vermochte."

Ebenso sieht Witthauer die Ursache einer Ruptur in einer „abnormen Stärke des Gliedes."

Spaeth fand bei einer Patientin eine Scheidenverletzung, mit der eine Perforationsöffnung im Rectum verbunden war. Als Ursache nimmt er eine ungewöhnliche Nachgiebigkeit des Gewebes bei übermäßigem Impetus coëundi an.

Über eine Scheidenverletzung, die bei einer 48jährigen sterilen Frau mit einer senil atrophischen Scheide entstand, als ihr Mann nach 4 monatlicher Abwesenheit zum ersten Mal wieder Verkehr mit ihr pflog, berichtet Cadwick.

Frank erwähnt eine Continuitätstrennung, die durch abnorm entwickelte Geschlechtsorgane entstanden ist.

„22jähriges Mädchen. Vagina duplex, links Scheide mehr nach vorn, rechts mehr nach hinten. Abort seitdem Fluor. Hymen bifenestratus, wobei jede Öffnung in eine besondere Vagina führt. Die vordere Öffnung ist intakt, während der Hymenalsaum der hinteren Öffnung durch den Coitus eingerissen ist."

Zeiß führt eine Scheidenverletzung, die am Morgen nach der Hochzeitsnacht zu bluten anfing, auf eine straffe Fixierung der Cervix an der vorderen Bauchhälfte zurück.

Nun will ich einige Beispiele bringen für Verletzungen, die durch ungewöhnliche Stellungen hervorgerufen worden sind.

Zunächst einen Fall von Zeiß:

„Am Abend der Taufe ihres zweiten Kindes befand sich der Ehemann in etwas angeheiterter aggresiver Stimmung. Bei dem darauf à la vache vollzogenen Coitus spürte die Frau unter plötzlichen heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchseite, wie ihr ein warmer Blutstrom aus der Scheide quoll.

Da kein Mißverhältnis zwischen Scheide und Penis bestand, kommt nur die außergewöhnliche Lage beim Coitus in Betracht."

Über einen ähnlichen Fall berichtet Noto:

„Eine 23jährige Mehrgebärende war von ihrem seit drei Monaten abwesenden Mann besucht worden. Dieser hatte den Coitus more quadrupedum vollzogen. Im unteren Drittel der hinteren Scheidenwand fand sich ein 5 cm langer Riß.

Da die Genitalien der Frau völlig normal waren und dieselbe vorher mit demselben Mann oft verkehrt hatte, so ist das ursächliche Moment der Verletzung wohl hauptsächlich im Ungestüm

des Coitus in Verbindung mit der abnormen Position zu suchen."

Hofmokl bringt zwei Rupturen, die ebenfalls durch besondere Stellung und gleichzeitig durch gewaltsam erzwungenen Coitus entstanden sind.

In dem einen Fall legte der Mann das Mädchen quer über das Bett, hob ihre Beine empor und legte sie auf seine Schultern. Beim Coitus entstand eine Rißquetschwunde der Scheidenschleimhaut in der Gegend des Scheidengewölbes.

Der Penis war normal, ein Reizakt der Vagina mit dem Finger oder einem anderen Gegenstand kommt nicht in Frage.

Im zweiten Fall, wo außerdem noch eine mangelhaft entwickelte Scheide vorlag, wurde die Betreffende von hinten aufs Bett geworfen. An ihren Armen wurde sie mit den Händen des Mannes festgehalten. Hierauf stemmte der Angreifer seine Knie zwischen ihre Beine und versuchte durch heftige Stöße mit seinem erregten Penis die Immissio in vaginam zu erzwingen.

Hier entstand eine Rißquetschwunde am Scheideneingang. Reizung mit dem Finger oder anderen Gegenstände ebenfalls ausgeschlossen."

Bollag erwähnt einen ätiologisch interessanten Fall, bei dem eine 32jährige Hausfrau ihrem im angetrunkenen Zustand befindlichen Mann nur widerwillig Kohabitation gewährte. Er schreibt darüber:

„Vaginismus kommt nicht in Betracht. Art und Weise der ausgeführten Kohabitation mit dem angetrunkenen Partner, Lageanomalie des Uterus (durchgemachte Gonorrhoe), die durch den Spitalaufenthalt verursachte längere Abstinenz, die Tatsache, daß Patientin, mit dem Mann, der gegen sie vor kurzem Ehescheidung eingeleitet hatte, in einem Hotelzimmer übernachtete, weist auf gesteigerte Libido hin. Auch die steile Steißrückenlage mag insofern begünstigend gewirkt haben, als die Immissio penis tiefer erfolgen konnte, somit bei entsprechender Rücksichtslosigkeit des Ehemannes das Scheidengewölbe bis zum Bersten gedehnt werden konnte.

Ich bin nicht der Ansicht, daß die angeführten Faktoren als alleinige Ursache in Betracht kommen, da sonst derartige Verletzungen häufiger sein müßten. Eher möchte ich mich der Meinung jener

Autoren anschließen, die der Ansicht sind, daß bei diesen Verletzungen der Scheide außer dem Coitus noch irgend etwas weiteres mitgewirkt hat, etwas, das unter das Kapitel der sexuellen Verirrungen zu rubrizieren wäre."

Von Rotter will ich folgendes Referat wiedergeben:

„R. fand einen 3 cm langen Riß im hinteren Scheidengewölbe bei einem 20jährigen Mädchen, das gewaltsam mißbraucht wurde, wobei der Coitus a tergo stattfand."

Er bemerkt dazu: „Beim Stuprum können Fornixverletzungen eintreten, wenn die Dispositionen dafür in den Genitalien vorhanden sind, wie bei Infantilismus, Klimakterium, Retroflexio uteri, wo das hintere Scheidengewölbe bedeutend tiefer gelagert ist. Beim Stuprum kommt noch die Brutalität des Mannes für das Zustandekommen der Fornixruptur in Betracht. Dies wird durch Eklund bestätigt, wo ein Pariser Friseur dreimal Witwer wurde, weil jede seiner Frauen zufolge der beim ersten Coitus gesetzten und danach septisch gewordenen Fornixruptur starb. Hier war sicher gesteigerte sexuelle Irritabilität beim ersten Beischlaf nicht vorhanden, denn die Frauen mußten hierbei große Schmerzen erleiden.

Die Ursache ist also mehr in der Disposition, erhöht durch brutalen Coitus zu suchen."

Auch über Scheidenverletzungen bei Kindervergewaltigung ist die Literatur umfangreich, jedoch gehören diese Fälle nicht in den Rahmen der vorliegenden Arbeit.

Scheidenrupturen, die entstanden sind durch einen vorzeitigen Coitus bei kaum geheilten Unterleibsleiden, oder nach kurz vorher überstandenen Geburten, sind in der Literatur angeführt. In einem solchen Falle steht es wohl einwandfrei fest, daß nur die vorangegangene Krankheit bezw. Entbindung als Ursachen der Beischlafsverletzung angesehen werden können. Ich will mir deshalb die Aufzählung einzelner Literaturangaben ersparen.

Ich habe in der immerhin umfangreichen Literatur nicht eine Verletzung finden können, die durch Masturbation entstanden ist.

Ich möchte dies damit begründen, daß diese sexualpathologischen Frauen, die irgendwelche Gegenstände in sexueller Erregung

in vaginam einführen, die Scham hindert, ihre Manipulationen einzugestehen. Als Ursachen werden sie meist den Coitus angeben — und außerdem wird ein solcher Fall aus naheliegenden Gründen überhaupt kaum vorkommen.

Wir haben aus der Literatur gesehen, wie verschiedenartig die Ätiologie der Scheidenrupturen ist. Puerperale Scheiden, kurze infantile Vaginalwände mit geringer Widerstandsfähigkeit, senile Involutionssymptome, kurz vorher überstandene Krankheiten, lassen den Grund einer Zerreißung ohne weiteres verstehen.

Wenn dagegen Frauen mit normal entwickelten Genitalien, die längere Zeit mit demselben Mann Geschlechtsverkehr hatten, ja sogar eine oder mehrere Geburten, wie in dem vorliegenden Falle, überstanden haben, wegen einer Fornixruptur in ärztliche Behandlung kommen, die beim normal ausgeführten Coitus entstanden sein soll, so muß man diesen Aussagen unbedingt skeptisch gegenüberstehen. Es dürfte wohl bei den meisten von allen diesen Verletzungen irgend ein manueller Eingriff eine nicht unwesentliche Rolle spielen, der von den Patientinnen verschwiegen wird.

Ich glaube, daß Scheidenrupturen bei gesunden Menschen mit normalen Genitalien nur durch Einführen von Fremdkörpern entstehen können, vorausgesetzt, daß keine abnorm gesteigerte Libido der Frau vorhanden ist. Um auf den vorliegenden Fall zurückzukommen, wäre folgendes auszuführen:

Wie ich bereits anfangs betonte, hat eine Manipulation außer dem normalen Coitus die Scheidenverletzung verursacht, denn eine längere Abstinenz, verbunden mit einer Überempfindlichkeit der Genitalien, kann wohl zu einer derartigen Zerreißung mit beitragen, aber niemals das alleinige ursächliche Moment sein. Die Risse würden sonst niemals so lang sein, wie sie bei den Patientinnen überall gefunden worden sind. Außerdem müßten dann derartige Scheidengewölbstrennungen viel häufiger sein.

Bestätigt wird mein Urteil über die Entstehung der Verletzung durch die Aussage der H. gegenüber der Krankenschwester: „Der Schmidt hat etwas angestellt."

Aus diesen Worten ist doch wohl zu vermuten, daß der Schmidt in vaginam manipuliert hat. Aus Scham hat sie dies den behandeln-

den Ärzten verschwiegen, so daß eine entsprechende Behandlung, die zur Heilung geführt hätte, nicht möglich war.

Zusammenfassung.

Die Fornixruptur der verstorbenen H. ist einerseits durch die längere suexelle Abstinenz und andererseits durch irgendwelche Manipulationen seitens des S. entstanden.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich Herrn Professor Dr. Walcher für die gütige Übernahme des Referates und Herrn Privatdozent Dr. Matzdorff für die freundliche Überlassung des Themas meinen besten Dank aussprechen.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt, auch keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die darin angeführten benützt habe.

Hans Singer.

Literaturangabe.

Bohnstedt: Zentralblatt für Gynäkologie 1901.
Bollag: Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1914.
Cadwick: Medizinisches Zentralblatt 1885.
Casper: Handbuch der Gerichtlichen Medizin, Bd. I.
Ferracciu: Zeitschrift der gesamten Gerichtlichen Medizin 1923, Bd. 3.
Frank: Prager Medizinische Wochenschrift, 1890 Nr. 6.
Friedmann: Zeitschrift der Geburtshilfe und Gynäkologie 1910, Bd. 65.
Hofmann: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin.
Hofmokl: Internationale Klinisches Rundschau 1890, Nr. 79.
Himmelfarb: Zentralblatt für Gynäkologie 1890 Nr. 22.
Köhler: Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Nr. 34, 1914, Nr. 7.
Maschka: Handbuch der Gerichtlichen Medizin, Bd. III.
Mekerttschiantz: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899, Bd. IX.
Neugebauer: Zentralblatt für Gynäkologie 1924 Nr. 51.
Noto: Zentralblatt für Gynäkologie 1901.
Reuter: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin.
Rotter: Gynäkologische Rundschau 1907.
Saks: Zentralblatt für Gynäkologie 1904, Nr. 38.
Späth: Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 19.
Veit: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1921 Bd. 54.
Warmann: Zentralblatt für Gynäkologie 1897.
Witthauer: Zentralblatt für Gynäkologie 1910.
Zeiß: Zentralblatt für Gynäkologie 1885.
Zikmund: Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 4.

Lebenslauf.

Ich wurde am 29. August 1909 als Sohn des Kaufmannes William Singer und seiner Ehefrau Elsa, geb. Heßelbarth in Chemnitz geboren.

Ich besuchte in meiner Heimatstadt zunächst 4 Jahre eine Volksschule, dann die Realschulabteilung der Reformschule und anschließend die Oberrealschule. Nach bestandenem Abitur studierte ich in Leipzig Zahnheilkunde und sattelte nach 2 Semestern auf das Studium der Medizin um. Nachdem ich in Würzburg das Physikum bestanden hatte, studierte ich je 1 Semester wieder in Leipzig und dann in Kiel. 1937 legte ich in Würzburg das medizinische Staatsexamen ab.